

Rehabilitering i sjukeheimar – eit område med fare for **svikt**

Sjukeheimane er i dag hovudarena for lokal rehabilitering. Korleis fungerer det? Fylkesmannen i Sogn og Fjordane har gjennomført tilsyn med rehabilitering i sjukeheimar. Vi fann spesielt svikt i dokumentasjon, målsetjingsformulering, tverrfagleg samarbeid, brukarmedverknad og styring av tenestene.

Det er samanfall mellom fleire av desse funna og funn som andre fylkesmannsembete har gjort når dei har hatt tilsyn med rehabilitering i sjukeheimar.

Lokal rehabilitering blir eit stort tema i samhandlingsreforma. Det er eit tenesteområde der det er fare for svikt. Difor har Fylkesmannen i 2013 ført tilsyn med rehabiliteringstenesta til pasientar som blir overførte frå spesialisthelsetenesta til sjukeheim. Tilsynet blei gjennomført som systemrevisjon i tre kommunar. I tillegg gjennomførte seks kommunar eigentilsyn med rehabiliteringstenesta si, initiert av Fylkesmannen.

Tilsynet tok for seg fasane i rehabiliteringsprosessen og blei avgrensa til å omfatte desse områda:

Informasjon: Følgde nødvendige og relevante opplysningar med pasientane frå sjukehuset, og hadde kommunen rutinar for å spørje etter desse innan rimeleg tid dersom dei mangla frå sjukehuset?

Kartlegging: Korleis sikra kommunen forsvarleg kartlegging av behov for rehabilitering, og var kartlegginga gjennomført av eit tverrfagleg team? Hadde kommunen sikra forsvarleg planlegging og målsetjing for rehabilitering, og fekk pasientane tilbod om å få opprette individuell plan? Var det oppnemnt koordinator for tenestene?

Gjennomføring og evaluering:

Korleis sikra kommunen forsvarleg gjennomføring og evaluering av rehabiliteringsopphaldet, og hadde kommunen oppretta rutinar for utskriving frå eller avslutning av rehabilitering?

Funna korresponderte bra i tilsynskommunar og eigentilsynskommunar:

- Det var ikkje lagt til rette for tverrfagleg samarbeid mellom lege, sjukepleiar, fysio- og eventuelt ergoterapeut i alle kommunar. Nokre av sjukeheimslegane deltok ikkje tilfredsstillande i tverrfagleg samarbeid.
- Journalsystema var dårleg eigna for tverrfagleg samarbeid, og det var ikkje ei sams forståing av kva som skulle dokumenterast i pasientjournalen.
- Det var ikkje utarbeidd rehabiliteringsplan for kvar pasient med tydeleg målsetting.
- Nokre kommunar mangla faste rutinar for å trekkje pasientar og pårørande med i rehabiliteringa.
- Rehabilitering hadde vore tema på internundervisningsmøte, men informasjon frå møta blei ikkje gjort kjend på ein systematisk måte.
- Kommunane hadde eit avvikssystem, men dei tilsette hadde ikkje alltid ei sams forståing av kva som skulle meldast som avvik når det gjaldt rehabilitering. Det blei ikkje gitt tilbakemeldingar på avvik som var melde.
- Leiinga hadde ikkje oversikt over, og etterspurde ikkje, korleis tenestene blei gitte til pasientar med rehabiliteringsbehov. Det var ikkje gjennomført systematisk gjennomgang av tenestene for å identifisere område med fare for svikt innanfor rehabilitering.

Det blei berre gitt avvik i éin av tilsynskommunane, men kvalitetssvikten som blei dokumentert der og i fleire av eigentilsynskommunane, var betydeleg. For kvar enkelt pasient kan mangelfull rehabilitering føre til fleire plager, meir behov for hjelp og lågare livskvalitet.

Ei undersøking gjord i Vestfold ¹ viser klar forskjell i kvalitet mellom resultat av rehabilitering gitt i vanleg sjukeheim og i rehabiliteringsinstitusjon som blir drifta ved interkommunalt samarbeid til fordel for den meir spesialiserte institusjonsforma. Erfaringar frå tilsyn med rehabilitering i sjukeheimar har synt at leiinga i kommunen ikkje alltid tek nødvendig ansvar for at pasientar som treng det, får eit tilpassa rehabiliteringstilbod. Leiinga av rehabiliteringstenestene må leggje til rette for målretta, tverrfagleg rehabiliteringsarbeid med tydeleg involvering av pasientar og pårørande.

¹ Johansen I, Lindbaek M, Stanghelle J KB, Brekke M. Effective Rehabilitation of Older People in a District Rehabilitation Centre. Journal of rehabilitation medicine 2011; 43: 461-4.